

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ С КУРСОМ ПОВЫШЕНИЯ
КВАЛИФИКАЦИИ И ПЕРЕПОДГОТОВКИ

И. И. Довгалевич, А. И. Волотовский, А. Д. Титова

ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА С ТРАВМОЙ КОНЕЧНОСТИ

Методические рекомендации



Минск БГМУ 2025

УДК 616.57/.58-001-071:614.21(075.8)

ББК 54.58я73

Д58

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
методических рекомендаций 18.12.2024 г., протокол № 4

Рецензенты: канд. мед. наук, доц., зам. гл. врача по травматолого-ортопедической помощи 6-й городской клинической больницы г. Минска С. И. Третьяк; каф. общей хирургии Белорусского государственного медицинского университета

Довгалевич, И. И.

Д58 Оформление медицинской карты стационарного пациента с травмой конечности : методические рекомендации / И. И. Довгалевич, А. И. Волотовский, А. Д. Титова. – Минск : БГМУ, 2025. – 18 с.

ISBN 978-985-21-1846-0.

Изложены этапы оформления учебной медицинской карты стационарного пациента в клинике травматологии и ортопедии.

Предназначены для студентов 5-го курса медицинского факультета иностранных учащихся, обучающихся по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия», по учебной дисциплине «Травматология и ортопедия».

УДК 616.57/.58-001-071:614.21(075.8)

ББК 54.58я73

ISBN 978-985-21-1846-0

© Довгалевич И. И., Волотовский А. И.,
Титова А. Д., 2025
© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2025

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Тема занятия: «Курирование пациента. Написание учебной истории болезни».

Общее время занятия: 4 ч.

Медицинская карта стационарного пациента — это системное, динамичное изложение субъективной и объективной информации о состоянии его здоровья. Учебная медицинская карта является неотъемлемой частью образовательного процесса при изучении клинической дисциплины, поэтому имеет дополнительные разделы и усложняется с каждым курсом обучения. В ходе ее оформления студенты курируют пациентов клиники, представляют результаты своих исследований, излагают свои доводы по обоснованию диагноза. Написание учебной медицинской карты стационарного пациента является основой освоения всех клинических дисциплин, оно формирует отношение студента к своей будущей профессии, развивает системность и аккуратность в работе с медицинской документацией.

Цель занятия: научиться систематизировано обследовать пациента с травмой конечности, поставить полный клинический диагноз и правильно оформить медицинскую карту стационарного пациента.

Задачи занятия:

1. Узнать:

- структуру оригинальной медицинской карты стационарного пациента в клинике травматологии и ортопедии;
- правила работы с медицинской документацией;
- основные принципы работы с электронной историей стационарного пациента.

2. Научиться:

- оформлять результаты клинического обследования пациента травматолого-ортопедического профиля;
- интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных методов исследований;
- поэтапно оформлять разделы медицинской карты стационарного пациента;
- использовать принципы этики и деонтологии во время курации пациента в отделении травматологии и ортопедии.

Требования к исходному уровню знаний. Для полного усвоения темы студенту следует повторить:

- анатомию и физиологию органов грудной клетки, брюшной полости;
- анатомическое строение костей, суставов, мышц конечностей, таза, позвоночника;

- методы физикального и инструментального исследования внутренних органов и конечностей;
- интерпретацию основных лабораторных и лучевых методов исследования.

Контрольные вопросы из смежных дисциплин:

1. Назовите особенности анатомического строения костей, суставов, поперечно-полосатой мускулатуры.
2. Опишите топографическое расположение магистральных артерий и нервных стволов верхней и нижней конечности.
3. Опишите методы клинического обследования органов брюшной полости и грудной клетки.
4. Опишите методы инструментального обследования конечностей.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Взаимоотношения врача с медицинским персоналом и пациентом.
2. Причины ятрогенной патологии.
3. Показания к рентгенологическому методу исследования при повреждении конечностей, сроки его выполнения, интерпретация результатов.
4. Показания к выполнению дополнительных инструментальных методов исследования (УЗИ, рентгеновская компьютерная томография, МРТ, скинтиграфия) и интерпретация их результатов.
5. Клинико-рентгенологические признаки перелома трубчатой кости.
6. Методы оценки тяжести общего состояния пациента и риска хирургического вмешательства.
7. Критерии выбора для консервативного метода лечения перелома.
8. Обоснование показаний к хирургическому методу лечения перелома, планирование оперативного вмешательства.
9. Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация пациентов после повреждений опорно-двигательного аппарата.

ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ С МЕДИЦИНСКОЙ КАРТОЙ СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА

Медицинская карта стационарного пациента имеет свой индивидуальный номер, относится к формам, утвержденным Министерством здравоохранения Республики Беларусь №003/у-07 от 18.11.2008, и является важнейшим не только медицинским, но и юридическим документом.

Студентам категорически запрещено выносить медицинскую карту за пределы отделения, брать ее без ведома преподавателя, который обязан информировать персонал отделения о конкретном месте нахождения документа во время работы с ним.

Особенности оформления. Учебная медицинская карта стационарного пациента на кафедре травматологии и ортопедии заполняется студентом на листах А4 в виде печатного текста или от руки. Почерк должен быть разборчивым. Размер полей — не менее 1,5 см. Каждый из разделов медицинской карты выделяется заглавными буквами и отделяется от предыдущего 2 пустыми строками, каждый из пунктов начинается с нового абзаца. В тексте допускается использование общепринятых сокращений.

После проверки учебной медицинской карты преподаватель группы составляет оценку, заносит в электронный журнал и использует ее в формуле расчета рейтинговой оценки студента. Экземпляр учебной медицинской карты остается на кафедре и хранится 1 год.

РАЗДЕЛЫ УЧЕБНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА

Учебная медицинская карта стационарного пациента содержит следующие разделы:

1. Титульный лист (приложение).
2. Паспортная часть.
3. Жалобы.
4. История настоящего заболевания (*Anamnesis morbi*).
5. История жизни (*Anamnesis vitae*).
6. Объективное состояние пациента (по органам и системам) (*Status praesens objectivus*).
7. Местное проявление болезни (*Status localis*).
8. Диагностические методы.
9. Дифференциальный диагноз.
10. Клинический диагноз и его обоснование.
11. Лечение и его обоснование.
12. Дневники наблюдений.
13. Температурный лист.
14. Прогноз.
15. Эпикриз.

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Паспортная часть содержит следующие сведения:

1. Фамилия, имя, отчество пациента (*необходимо обезличить до инициалов*).
2. Пол.

3. Возраст (лет).
4. Домашний адрес.
5. Место работы, профессия или должность.
6. Дата и час поступления, кем доставлен, через какое время после травмы.
7. Диагноз при направлении.
8. Диагноз при поступлении в приемное отделение.
9. Диагноз клинический:
 - основной;
 - осложнения основного заболевания;
 - сопутствующие заболевания;
 - название операции и дата.
10. Исход заболевания (выздоровление, выписан с улучшением, без перемен, с ухудшением, продолжает болеть на момент окончания курации, умер).

ЖАЛОБЫ

Жалобы пациента необходимо указать в день начала курации и при поступлении в стационар. Основными жалобами пациента обычно являются жалобы на боль, нарушение функции и (или) деформацию конечности.

Субъективная информация в виде жалоб делится на основные, связанные с основным заболеванием (травмой) и второстепенные (общего характера).

Жалобы следует детализировать. Например, при боли уточняются следующие вопросы:

- локализация болевого синдрома;
- иррадиация (место отражения боли);
- время появления (днем, ночью);
- длительность (постоянные, периодические, приступообразные боли);
- интенсивность (сильная, слабая, мешает или не мешает сну, работе);
- характер (ноющая, колющая, режущая, тупая, острая, пульсирующая боль и т. д.);
- причина, вызывающая боль (определенное положение тела, движение и т. д.).

Сегменты опорно-двигательного аппарата находятся в биомеханической зависимости друг от друга, т. е. повреждение одного сегмента может вызывать боль и нарушение функции других областей туловища. Пациенты могут предъявлять жалобы на нарушение походки, невозможность выполнять привычную работу, при открытых повреждениях — на наличие ран.

Второстепенные жалобы помогают в оценке общего состояния пациента. К ним могут относиться:

- слабость;
- недомогание;
- повышенная утомляемость и снижение работоспособности;
- отсутствие аппетита;
- плохой сон;
- снижение массы тела;
- головная боль и др.

ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (*ANAMNESIS MORBI*)

При описании *anamnesis morbi* необходимо детально изложить:

- дату и время получения травмы;
- место получения травмы;
- обстоятельства получения травмы (бытовая, уличная, дорожно-транспортная, производственная, сельскохозяйственная, железнодорожная, кататравма, детская и др.);
- подробный механизм травмы. При прямом механизме описать, что явилось внешним травмирующим насилием, и дать ему полную характеристику. При непрямом механизме описать положение поврежденной конечности или сегмента во время травмы;
- силу травмы — высоко- или низкоэнергетическое повреждение (позволит дифференцировать травматическое повреждение от патологического);
- признаки алкогольной и (или) наркотической интоксикации;
- способ транспортировки пациента в стационар, оказываемую помощь до госпитализации, наличие и вид транспортной иммобилизации, проведенное медикаментозное лечение, наличие у пациента медицинской документации (справки, заключения, выписки, амбулаторная карта и др.);
- причину госпитализации (неэффективность предыдущего лечения, ухудшение состояния, необходимость хирургического лечения и др.), вид госпитализации (плановая или экстренная).

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (*ANAMNESIS VITAE*)

При описании истории жизни необходимо выяснить у пациента данные:

- о перенесенных ранее заболеваниях, их лечении и исходах (инфекционных, венерических, онкологических, внутренних органов);

- наличии в анамнезе хирургических вмешательств на опорно-двигательном аппарате и других органах с указанием времени выполнения, особенностей послеоперационного восстановления и осложнений;
- перенесенных ранее травм, особенностях лечения, степени восстановления функции;
- трансфузионном анамнезе (выполнялось ли переливание компонентов и препаратов крови и были ли реакции и осложнения);
- акушерском анамнезе;
- известных пациенту, ранее наблюдавшихся у него аллергических реакциях на медицинские препараты и бытовые аллергены;
- вредных привычках (курение, употребление алкоголя, наркозависимость);
- социально-бытовых условиях (условия проживания, труда и отдыха, соблюдение гигиены и др.);
- наследственных факторах.

ОБЪЕКТИВНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА (ПО ОРГАНАМ И СИСТЕМАМ) (*STATUS PRAESENS OBJECTIVUS*)

Описание объективных данных исследования внутренних органов и систем, не относящихся к опорно-двигательному аппарату, проводится в краткой форме, а при наличии сопутствующей патологии — подробно, как в клинике внутренних болезней.

МЕСТНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ БОЛЕЗНИ (*STATUS LOCALIS*)

Локальный статус описывается в учебной истории болезни на момент начала курации. Осмотр проводится в сравнении со здоровой конечностью пациента.

Общий осмотр

Описывается положение пациента (активное, вынужденное) и поврежденной конечности (активное, пассивное, вынужденное). При этом активное положение пациента (ходит самостоятельно, без средств дополнительной опоры) может сопровождаться вынужденным положением конечности (фиксация правой руки циркулярной гипсовой торакобрахиальной повязкой). Особое внимание уделяется поврежденному(ым) сегменту(ам) конечности(ей). Пассивное положение конечности указывает на тяжесть травмы.

Например, при повреждении лучевого нерва кисть и пальцы находятся в положении сгибания без возможности активного их разгибания. Вынужденное положение конечности может быть обусловлено болевым синдромом, анатомической деформацией, фиксацией иммобилизирующей повязкой, экстензионным устройством в процессе скелетного вытяжения или аппаратом внешней фиксации.

Примеры:

1. *Скелетное вытяжение*: положение поврежденной конечности, через какое анатомическое образование проведена спица Киршнера (Илизарова), величина груза по оси конечности. Если есть дополнительные вправляющие петли, то указать, на какой фрагмент наложены, в каком направлении осуществляется тяга и с каким грузом.

2. *Гипсовая повязка*: ее вид, какие сегменты конечности она фиксирует, уровни иммобилизации, в каком положении фиксированы смежные суставы. Необходимо описать части сегмента, свободного от гипсовой повязки.

3. *Аппарат внешней фиксации*: на каком сегменте конечности установлен, компоновка аппарата (спицевая, стержневая, спице-стержневая); вид опор (кольцевые, балочные); состояние мягких тканей около фиксаторов, наличие ран, кровоизлияний, фликтен и т. д.

Осмотр кожных покровов и видимых слизистых выполняется при достаточном освещении. Определяют изменение тургора и эластичности, окраски кожи. При наличии кровоизлияний описывают их локализацию, распространенность и характеристики. При открытых переломах подробно описывается повреждение с указанием локализации, размеров, состояния окружающих тканей, характера отделяемого и др. Обращают внимание на кожные проявления системных заболеваний организма (пигментация, сосудистые пятна, уплотнения, эритема и др.).

ДЕТАЛЬНЫЙ ОСМОТР

Пальпация. Пальпация должна быть щадящей. Можно выявить локализацию болевых точек, определить состояние мышц и мышечный тонус, мягкотканые образования, патологические очаги. Во время пальпации оценивается местная температура, тургор и эластичность кожи, симптомы патологической подвижности и крепитации костных фрагментов, гемартроз, инфильтрация, флюктуация и др. При необходимости определяются анатомические ориентиры по линии Маркса, Розера-Нелатона, треугольник Гютера, Бриана (линии и геометрические фигуры описываются только у тех пациентов, где это необходимо для установления диагноза или дифференциальной диагностики) и т. д.

Пример описания осей конечностей представлен в табл. 1.

Таблица 1

Описание осей конечностей

Конечность	Правая	Левая
Верхняя конечность. Ось проходит через вершушку акромиального отростка лопатки, головку луча и в положении супинации предплечья выходит на III палец кисти	Ось не нарушена и представляет собой прямую ровную линию	Предплечье отклонено кнаружи на 12° (<i>cubitus valgus</i>), размер деформации в допустимых пределах
Нижняя конечность. Ось проходит от передне-верхней ости таза через средину надколенника (или внутренний край надколенника) и I межпальцевой промежуток стопы	Ось не нарушена и представляет собой прямую ровную линию	Выявлено отклонение голени кнутри на 5° . Пациент — мужчина, поэтому такая варусная деформация допустима

Пример измерения конечности представлен в табл. 2.

Таблица 2

Измерение длины конечности

Конечность или сегмент	Левая (см)	Правая (см)
Верхняя конечность: от вершушки акромиального отростка лопатки до вершушки III пальца кисти		
Плечо: от вершушки акромиального отростка лопатки до вершушки наружного надмыщелка плеча		
Предплечье: от вершушки локтевого отростка до вершушки шиловидного отростка локтевой кости		
Нижняя конечность: от передне-верхней ости таза до вершушки внутренней (наружной) лодыжки		
Бедро: от вершины большого вертела до щели коленного сустава		
Голень: от щели коленного сустава до вершушки внутренней (наружной) лодыжки		

Пример заключения: выявлено анатомическое (относительное, проекционное) укорочение левой верхней конечности за счет плеча на ____ см.

Объем активных (пассивных) движений измеряется при помощи угломера. Запись результатов осуществляется по 0-проходящему методу — *угол крайней позиции* (____ $^\circ$) / *нейтральная позиция* (0°) / *угол конечной позиции противоположного размаха движения* (____ $^\circ$) (табл. 3).

Объем движений

Сустав и вид движений	Правый (или больной)	Левый (или здоровый)
Плечевой: Разг./сгиб. Отв./прив. Рот.нар./рот.вн.		60°/0°/180° 180°/0°/0° 90°/0°/90°
Локтевой: Разг./сгиб.		5°/0°/150°
Лучезапястный: Разг./сгиб. Луч./лок.отв.		70°/0°/80° 20°/0°/50°
Тазобедренный: Разг./сгиб. Отв./прив. Рот.нар./рот.вн.		15°/0°/130° 50°/0°/20° 40°/0°/40°
Коленный: Разг./сгиб.		5°/0°/140°
Голеностопный: Подошв./тыльн.сгибан		30°/0°/30°

Пример заключения: выявлено нарушение амплитуды движений в _____ суставе (контрактура, анкилоз, ригидность).

Мышечная сила оценивается по субъективной шкале. За норму принимается сила здоровой конечности — 5 баллов, снижение силы — 4 балла, резкое снижение силы — 3 балла, напряжение отдельных групп мышц, без движения в суставе — 2 балла, полный паралич мышц — 1 балл.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ

К диагностическим методам относятся:

1. Лабораторные. Данные исследований (крови, мочи, биохимические, серологические) записываются с указанием нормы в виде таблицы.

Показатель	Значение у пациента	Норма	Оценка
Лейкоциты крови	$12 \cdot 10^9$	$4,9-9,0 \cdot 10^9$	Лейкоцитоз
и т. д.			

2. Консультации смежных специалистов. Данные выписываются из клинических историй болезни с указанием даты консультации, специальности врача, диагноза и рекомендаций.

3. ЭКГ, эндоскопические, ультразвуковые и другие исследования.

4. Рентгенологический метод исследования. В учебной истории болезни рентгенограммы должны быть представлены в виде скиаграммы (рисунок) или фотографии. В заключении записывается подробное описание с указанием номера, даты, Ф.И.О., даты рождения пациента, проекций, стороны повреждения, анатомической локализации, вида линии перелома, типа смещения костных отломков, если оно есть (по длине, по ширине, под углом, ротационное), и величину смещения.

Пример:

№___ Х.Х.Х, 2012 г.р.,

на рентгенограмме левого предплечья и кисти в боковой проекции определяется нарушение целостности обеих костей предплечья в средней трети в поперечном направлении, на одном уровне. Выявляется смещение отломков локтевой кости по длине, с захождением отломков на 1 см, по ширине — полное, под углом, открытым в тыльную сторону; лучевая кость — нарушение целостности в поперечном направлении с выколом кортикального фрагмента по тыльной поверхности, размером $1,5 \times 0,5$ см со смещением по ширине на толщину кортикального слоя и под углом, открытым к тылу.



Рис. Скиаграмма

Пример заключения: поперечный перелом средней трети диафизов обеих костей левого предплечья (оскольчатый лучевой кости) со смещением отломков по длине, ширине и под углом.

В зависимости от метода лечения должны быть представлены изображения исходных рентгенограмм и после примененного способа лечения (фиксационный метод, одномоментная ручная репозиция, экстензионный метод, оперативное лечение).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Дифференциальный диагноз пишется в форме логического размышления над патологией курируемого пациента. Вначале указывают симптомы, по которым повреждение пациента похоже на другие повреждения этой локализации, а затем — отличия повреждений друг от друга. Повреждения для дифференциального диагноза могут быть предоставлены преподавателем.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Необходимо сформулировать развернутый клинический диагноз и обосновать его на основании предъявленных жалоб, анамнеза заболевания и жизни, данных клинического осмотра и инструментальных методов исследования. Основной клинический диагноз должен быть сформулирован в соответствии с классификациями повреждений с подробным описанием характеристик перелома. Сопутствующая патология указывается при ее наличии.

ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Необходимо подробно описать лечение пациента по данным клинической истории болезни. Следует обращать внимание на использованные методы лечения и обоснованность к его применению: при фиксационном методе — вид и характеристики повязки, положение конечности, сроки иммобилизации; при одномоментной ручной репозиции — способ, технику, вид анестезии; экстензионном методе — место проведения спицы, особенности вытяжения (одинарное, двойное), положение конечности, величину груза, длительность вытяжения; хирургическое лечение — тип остеосинтеза, вид анестезии, протокол оперативного вмешательства. Указывается медикаментозное, функциональное лечение. В истории болезни отмечается наличие осложнений с указанием причин развития (после анестезии, скелетного вытяжения, остеосинтеза, иммобилизации).

В этом разделе отдельно указывается обоснование выбора того или иного метода лечения по данным современной литературы и соответствие протоколам лечения у курируемого пациента.

ДНЕВНИКИ НАБЛЮДЕНИЙ

Количество дневников не должно превышать количества дней курации (не менее двух). Дневник должен содержать динамику ортопедического и общего статуса: дается оценка общему состоянию пациента (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое, крайне тяжелое), указываются жалобы, краткое описание по системам (кожные покровы и слизистые, сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная, нервная), физиологические опавления, изменения местного статуса.

Содержание дневника приведено в табл. 4.

Таблица 4

Дневник наблюдений

Дата	Содержание дневника	Назначения
PS АД ЧД	Жалобы. Общее состояние. Краткое описание по системам. Стул, диурез. Локальный статус. Рекомендации. <i>ПОДПИСЬ СТУДЕНТА</i>	Медикаментозное лечение, диета, процедуры, обследования

ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

В температурном листе указывается Ф.И.О. (без расшифровки фамилии, имени и отчества), номер истории болезни. Ежедневно графически указывается утренняя и вечерняя температура, частота пульса, дыхания, артериальное давление.

ПРОГНОЗ

Указывается прогноз:

- в отношении жизни (благоприятный, неблагоприятный);
- в отношении работоспособности (временная потеря трудоспособности, может приступить к работе, нуждается в переводе на более легкую работу, нуждается в переводе на инвалидность).

ЭПИКРИЗ

Эпикриз включает тезисное содержание медицинской карты, отражающее основные этапы диагностики и лечения. В заключении этого раздела необходимо указать: средние сроки лечения и восстановления трудоспособности, длительность внешней иммобилизации, общие подходы к восстановлению функции, рекомендации по лекарственной терапии и двигательному режиму.

Под эпикризом ставиться подпись студента-куратора.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Травматология и ортопедия* : учеб. пособие для студентов учреждений высш. образования по спец. «Лечебное дело», «Педиатрия» / В. В. Лашковский [и др.] ; под ред. В. В. Лашковского. – Минск : Новое знание, 2018. – 520 с.
2. *Атлас* лучевой диагностики (травматология и ортопедия) : пособие / В. В. Лашковский [и др.]. – 2-е изд., доп. и перераб. – Гродно : ГрГМУ, 2021. – 315 с.
3. *Травматология и ортопедия* : учеб. / под ред. Н. В. Корнилова, А. К. Дулаева. – 4-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 655 с.
4. *Диагностика и лечение пациентов (детское население) с ортопедо-травматологической патологией в стационарных условиях* : клинический протокол : утвержден постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь 25.06.2024 № 109.
5. *Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с травмами опорно-двигательного аппарата в стационарных условиях* : клинический протокол : утвержден постановлением М-ва здравоохранения Респ. Беларусь 25.06.2024 № 109.

ОФОРМЛЕНИЕ ТИТУЛЬНОГО ЛИСТА

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ТРАВМАТОЛОГИИ И ОРТОПЕДИИ
С КУРСОМ ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ И ПЕРЕПОДГОТОВКИ
Заведующий кафедрой —

УЧЕБНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ КАРТА СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА

Ф.И.О. пациента _____

Клинический диагноз: _____

Куратор:

Студент (ка) __ курса, __ группы,
_____ факультета

Ф.И.О. _____

Преподаватель:

Ф.И.О. _____

Даты курации: с __ по __ 20__ года

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Особенности работы с медицинской картой стационарного пациента	4
Разделы учебной медицинской карты стационарного пациента	5
Паспортная часть	5
Жалобы.....	6
История заболевания (<i>Anamnesis morbi</i>).....	7
История жизни (<i>Anamnesis vitae</i>).....	7
Объективное состояние пациента (по органам и системам) (<i>Status praesens objectivus</i>).....	8
Местное проявление болезни (<i>Status localis</i>)	8
Общий осмотр	8
Детальный осмотр.....	9
Диагностические методы	11
Дифференциальный диагноз.....	12
Клинический диагноз и его обоснование	13
Лечение и его обоснование	13
Дневники наблюдений	13
Температурный лист	14
Прогноз	14
Эпикриз.....	14
Список литературы	15
Приложение	16

Учебное издание

Довгалевич Иван Иванович
Волотовский Алексей Игоревич
Титова Александра Дмитриевна

ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ КАРТЫ СТАЦИОНАРНОГО ПАЦИЕНТА С ТРАВМОЙ КОНЕЧНОСТИ

Методические рекомендации

Ответственный за выпуск М. А. Герасименко
Компьютерная вёрстка М. Г. Миранович

Подписано в печать 24.04.25. Формат 60×84/16. Бумага писчая «PROJECTA Special».

Ризография. Гарнитура «Times».

Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 0,63. Тираж 30 экз. Заказ 305.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 24.11.2023.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.